ROK XI. MAJ 1931. Nr 5 (101)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

ZAST. PROF. DR. ZEŃCZAK

Państwowy Instytut Dentystyczny. Warszawa. Katedra Ortodoncji.

Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych.

(Ciąg dalszy)

Granicę tę oznaczamy ołówkiem chemicznym i według odbicia tejże, przy braniu wycisku nadmiar masy obcinamy. Zamknięcie wentylowe nastąpi przez nałożenie paska z wosku czarnego 3 mm szerokiego z następowem naciśnięciem po lekkiem podgrzaniu. W przedsionku uwzględnić musimy przyczep *musc. masseteris,* odbicie którego uzyskujemy przy kształtowaniu brzegów przez polecenie nagryzania na palec, utrzymujący wycisk w położeniu. Skurcz mięśnia odsuwa nadmiar masy. Dobroć ukształtowania brzegów wycisku, kontrolujemy wyważaniem. W miejscach, niedokładnie odciśniętych, wydobywają się przy naciskaniu bańki powietrza. Odciskanie brzegów, dokonywa się odcinkami, kolejno — podobnie jak w szczęce górnej. Siłę utrzymania doprowadzić można do wartości ciężaru $^{1}/_{2}$ klgr. przy wyrostku zębodołowym zanikłym, przy zachowanym — znacznie wyżej. (Fig. 27, 28, 29, 30, 31). Oryginalna metoda S u p p l e e'g o, na której wzorowany jest wycisk przyssawkowy, kładzie nacisk na formowanie brzegów przy ucisku szczęki przeciwległej, przez zaopatrzenie łyżek wyciskowych wałkami zgryzowemi. Służyć to ma głównie dla uniesienia brzegu podniebienia miękkiego ku górze, czyli uzyskania szczelnego zamknięcia tylnego brzegu płytki.

K ö h l e r, krytykując wycisk przyssawkowy, przyznaje silne jego umocowanie na próby gwałtownego wyważenia, jednakże zbija wartość praktyczną. Uderzenia bowiem trzonkiem lusterka o zęby

przednie słabe kilkakrotne powodują opadanie takiej dostawki. Jeżeli więc przypadkowo przy wykonaniu nie uwzględnimy dokładnie ustawieniem zębów momentu wyważania dostawek, wycisk traci zupełnie na wartości.



Rys. 27.



Rys. 28.

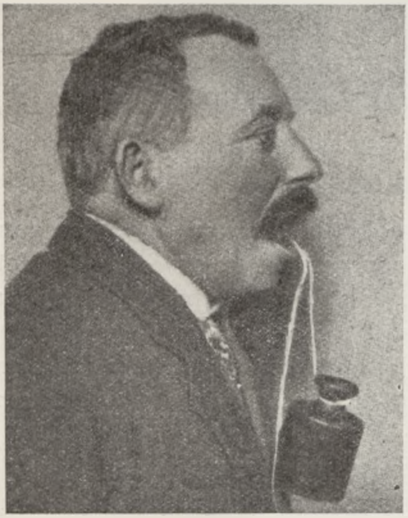
Rys. 27. Dostawka górna całkowita. Obciążenie pionowe w okolicy przedtrzonowych 7000 gramów. (Kantorowicz).

Rys. 28. Dostawka całkowita górna. Obciążenie pionowe w okolicy przedtrzonowych 5000 gramów. (Kantorowicz).

Ponadto zaznaczyć muszę jeszcze, doznawanie uczucia jakby pewnego ucisku, niewygody, przy noszeniu dostawek z wycisku przyssawkowego. Zachodzenie brzegu daleko ku tyłowi, jest dla wielu okolicznością nie do zniesienia, mimo próby usilnej — przezwyciężenia się. W wypadkach, gdzie ta okoliczność nie odgrywała tak ważnej roli, zawsze było podkreślane uczucie ulgi po zdjęciu dostawki. Należy to sobie tłumaczyć zbyt silnem umocowaniem w początkach, gdyż po czasie to mija wraz ze zmniejszeniem się siły umocowującej. Zachodzą więc zmiany w szczęce, dostosowujące się do kształtu płytki, zanik uciskanych części. Wartość więc wycisku jest przemijająca. Wprawdzie wzięcie wycisku nie przedstawia żadnych trudności, jednakże absorbuje trochę czasu, zanim osiągnie się efekt ostateczny. Branie wycisku przyssawkowego uciskiem palca na łyżkę, a nie przez nagryzanie, sprowadza zdaniem Köhlera, nierównomierne rozłożenie sił naci-

skowych przy gryzieniu z następowym szybszym zanikiem wyrostka zębodołowego, czemu zawsze należy starać się zapobiec.

Przy błonie śluzowej, na podniebieniu twardem, niepodatnej, a wyrostku zębodołowym zanikłym, daje nam wycisk czynnościowy, uzyskany gipsem na płytce szelakowej praktycznie najlepsze wyniki,



Rys. 29. Dostawka całkowita dolna. Ramię z drutu 5 cm. Wyważanie ku dołowi. Obciążenie 3000 gr. (Kantorowicz).



Rys. 30. Całkowita górna dostawka. Wyważanie ku górze. Drut mosiężny 3 mm. gruby przegiął się. Obciążenie 3500 gramów. (Kantorowicz).

w najkrótszej drodze uzyskane. Brzegi przedsionka kształtują ruchy czynne przy braniu wycisku, a brzegiem tylnym musimy przejść poza wał podniebienny i ułożyć go w błonie śluzowej z podściółką gruczołową podniebienia. W razie dochodzenia *tori palatini* do tylnego brzegu podniebienia twardego, musimy przejść na brzeg podniebienia miękkiego. Układając brzeg tylny na błonie śluzowej, niespoczywającej na wale podniebiennym, a więc nie na bezpośrednim podłożu kostnem, uzyskujemy dostatecznie pewne zamknięcie dla dostępu powietrza pod płytkę, czyli ułożeniem brzegu tylnego w błonie śluzowej z podściółką, zyskujemy uszczelnienie brzegów zupełnie pewne bez potrzeby przechodzenia na podniebienie miękkie. Uwzględnienie wału podniebiennego, czyli miejsc wyniosłych, kostnych, pokrytych błoną śluzową cienką, bez podściółki, jest ważne ze względu na możliwość chwiania się płytki późniejszego, jako też występowania odgnieceń.



Rys. 31. Całkowita dolna dostawka. Pociągnięcie ku przodowi 500 gr. (Kantorowicz).

Przy zaniku bowiem dalszym, wał podniebienny uwydatnia się coraz bardziej i płytka na nim spoczywając, zaczyna się chwiać i dogniata. W wycisku musimy więc uzyskać wgłębienie, wolną przestrzeń na wał. W tym celu możemy w wycisku zeskrobać nieco z powierzchni odpowiadającej wałowi. Lub według Baltersa, w ustach przed braniem wycisku, nakleić odpowiednią formą docięty opłatek, który odtworzy podwyższenie wału, czyli wgłębienie w wycisku. Według Schrödera, zeskrobywanie z wycisku nie da się kontrolować, stosuje się więc jako odciążenie miejsc twardych nawarstwianie folji cynowej na modelu. *(D. c. n.)*

DZIAŁ STRESZCZEŃ

Dr. EDWARD C. ROSENOW. **Badania kliniczne i doświadczalne nad ogniskiem zakażenia i umiejscowieniem paciorkowców.** *(Studie clinic e esperimentali sui focolai d'infezione e sulla localizzatione elettiva degli streptococchi).* La Stomatologia Nr. 8 — 1930.

Zdawien dawna liczne badania wykazały związek między ogniskiem zakażenia ustnego a licznemi chorobami np. pyorrhea w 56%, a zęby dewitalizowane w 87% wywoływały encephalitis, w 69% i 61% arthritis, a w 71 i 42% owrzodzenia żołądka i kiszek, w 50% — 53% zapalenia oka i t. d.

Austin, Cook, Haden i inni przeprowadzali badania na zębach przednich, zupełnie zdrowych i całych (bez plomb i ropotoku), które można było usunąć w sposób jałowy. Jedynie w czterech zębach na sto wykazano drobnoustroje, podczas gdy przy badaniu zębów mart-

wych przy rentgenogramie negatywnym w 35% znaleziono dużą ilość bakteryj, a przy rentgenogramie pozytywnym — 40%.

Metoda badania na zwierzętach zastrzykami dożylnemi była przeprowadzana przez lat piętnaście. Zwykle wstrzykuje się zwierzęciu średnio około 1 cm. płynu dożylnie. Po 2 — 5 dniach po zastrzyku okazywało się, że tylko niektóre organy posiadały liczne skupienia tych drobnoustrojów zastrzykniętych, podczas gdy inne były od nich wolne, np. na 354 przypadki zapalenia ropnego żołądka i kiszek, w 65% u 1539 zwierząt znaleziono drobnoustroje w jamie ustnej i dwunastnicy; na 24 przypadki febry reumatycznej — 66% u 71 zwierząt w stawach, a w 44% w osierdziu. Wszystkie te badania przeprowadzano na szczurach, psach i małpach. Tym sposobem okazało się, że liczne odmiany paciorkowców wykazują pewien pociąg (predyspozycje) do niektórych organów o podobnej budowie morfologicznej. Przekonano się, że przy owrzodzeniach dwunastnicy, chronicznem zapaleniu wsierdzia, reumatyzmie i artretyzmie szczególniej charakterystycznem miejscem ogniska jest jama ustna, a głównie migdałki, kieszonki dziąsłowe i sprawy przywierzchołkowe zębów martwych. Przy wszystkich badanych chorobach znajdowano we krwi pojedyńcze paciorkowce. Przeciwciała zostały także otrzymane w surowicy, ale z trudnością. Surowicę otrzymuje się z konia przez kilkakrotne zastrzyki paciorkowców z odnośnego ogniska i świeżą otrzymaną przechowuje się w zgęszczonej zawiesinie, złożonej z 400 części gliceryny i jednej roztworu solnego (25%). Z ogniska zakażenia drobnoustroje dostają się do innych narządów drogą podskórną, wewnątrzotrzewną i wewnątrzrdzeniową w chorobach nerwowych.

Przeprowadzono także następujące doświadczenie: u psa pod narkozą eterową i bez dostępu śliny pod koferdamem w przedtrzonowcach, po uprzedniem wyjałowieniu jodyną, ścięciu guzków i usunięciu miazgi, zaszczepiono paciorkowce (wzięte od królika ze specyficznego ogniska), a potem ząb zamykano amalgamatem i przekonano się, że na 38 psów, którym zaszczepiono streptococcos z ogniska zakażenia, u 23 powstała specyficzna choroba.

Rosenow uważa, że jeżeli drobnoustroje, a w szczególności paciorkowce, oddzielone od ogniska posiadałyby zdolność lokalizowania się w wybranych miejscach, wytwarzania toksyn i przeciwciał, to znaczenie ogniska nie mogłoby być pominięte w żadnem badaniu etjologicznem, patologicznem, jak również w leczeniu dużej ilości chorób zakaźnych. Jeżeli udałoby się wyjałowić nietylko kanał, ale także i okolicę przywierzchołkową, to tem samem zapobiegłoby się wtórnej

infekcji. Po usunięciu migdałków, przypuszczalnie zakażonych, wszyscy pacjenci, choć nie dało się wykryć u nich innego źródła zakażenia, przechodzili szereg chorób pochodzenia infekcyjnego. Bez przypuszczenia innych źródeł zakażenia poza ogniskiem nie można obecnym u chorego paciorkowcom przypisywać wywołanie choroby.

Dalej autor zwraca uwagę, że nie można także upilnować oddzielnych paciorkowców, które dostają się do normalnej błony śluzowej górnej części kanału oddechowego i pokarmowego. Nie można również zmniejszyć właściwości przyswajania, jak nie można nie przyjąć znaczenia dziedzicznej predyspozycji, alkoholizmu i chorób infekcyjnych. Paciorkowce, oddzielnie umiejscowione, posiadają czasem charakterystyczne napięcie kataforetyczne.

Str. Romana Oppenheimówna.

O czem piszą?

La Semaine Dentaire 1931 — Nr. 1.

W pierwszych 3-ch numerach tegorocznych spotykamy wielce ciekawą pracę V. Fiola z dziedziny anatomji topograficznej, dotyczącą połączenia zatoki szczękowej z zatoką czołową. Pracę tę podamy w streszczeniu. Poza tem spotykamy Pitsch'a „O krwotokach pooperacyjnych".

W Nr. 4 A. Djindjian podaje swe spostrzeżenie o leczeniu ropotoku zębodołowego zapomocą promieni ultra-fioletowych z opisem elektrod własnego pomysłu. W Nr. 5 spotykamy pracę M. Maraninchi'ego p. t. glossoptosa czyli atrezja głównego odcinka dróg pokarmowych i oddechowych.

Przyroda i Technika 1.1931. Simm: hodowla grzybów przez owady. Żejmo - Żejmis: proporcjonalność ciała ludzkiego. Burdecki: telewizja. Poza tem sprawy bieżące, postępy i zdobycze wiedzy, rzeczy ciekawe co się dzieje w Polsce, książki, warto przeczytać i t. d. Poziom artykułów specjalnych dostępny dla każdego inteligentnego czytelnika.

The Dental Cosmos 1 — 1931. Rhobothan. Zębolecznictwo u dzieci. E. Woodard. Uproszczone sposoby znieczulenia przewodowego.

J. Mariocordato. Chirurgiczno - zachowawcze leczenie zębów bezmiazgowych z przewlekłemi powikłaniami przywierzchołkowemi. A. Foner. Hygjena zębów. M. Buchbinder. Nie ulegający skurczeniu materjał do plombowania kanałów.

The Dental Record I. — 1931. R. Dunn. Zagadnienie traktowania wadliwości zgryzu typu klasy II (Angle) II — 1931. E. Tate. Komplikacje przy znieczuleniach. Tildesley. Zasady Ortodoncji.

L'Odontologie I. — 1931. P. Housset. Studja nad sposobami umocowania mostów. Delater. Epitelio - granuloma. Wickham. Rak brózdy dziąsłowo - językowej i jego leczenie radjoterapeutyczne. Fraenkel. Przypadek uwięzienia zęba mądrości.

KSIĄŻKI NADESŁANE

1) Dr. med. Harold Baron von der Osten-Sacken. Beitrag zur Frage der Fokalinfektion.

2) Dr. med. Harold Baron von der Osten-Sacken. Klinische Beobachtungen und bacteriologische Untersuchungen über Herdinfektion.

Obie prace powyższe streścimy w jednym z najbliższych numerów.

3) Katalog Wydawnictw Kasy im. Mianowskiego r. 1931. Warszawa — Pałac Staszica.

4) Verzeichnis Zahnärztlicher Bücher des Verlage Hermann Meusser Berlin 1931.

5) H. Frenklowa. Krztusiec, jego przebieg kliniczny i leczenie. Warszawa 1930. Zeszyt 6-ty Polskich Monografij i wykładów klinicznych z dziedziny pedjatrji.

6) Kalendarz Astronomiczny Polskiego Towarzystwa Przyjaciół Astronomji. Warszawa 1931 r.

7) Dr. J. Gadomski i dr. E. Rybka. Kosmografja, str. 226 rys. 93. Warszawa wyd. M. Arcta.

Książka ta obejmuje w formie popularnej całokształt astronomji nowoczesnej, nie jest obarczona rozważaniami matematycznemi, napisana barwnie i przystępnie przez fachowców, którzy od szeregu lat pracują na polu popularyzacji astronomji w Polsce.

Winna się znaleźć w księgozbiorze każdego wykształconego Polaka. Bardzo bogaty dział ilustracyjny, złożony przedewszystkiem z reprodukcyj zdjęć nieba, dokonanych przy pomocy wielkich narzędzi amerykańskich, ozdabia tekst.

KOMUNIKATY ZJAZDOWE

I.

VIII MIĘDZYNARODOWY KONGRES DENTYSTYCZNY W PARYŻU (2—8 sierpień 1931 r.).

Komunikat w sprawie zapisów i zgłoszeń.

Podkomitet miejscowy Warszawski propagandy 8 Kongresu Międzynarodowego w Paryżu podaje do wiadomości, że zgłoszenia uczestnictwa w Kongresie przyjmują wszyscy członkowie podkomitetu, a mianowicie:

1. *St. Blikle.* Chmielna 20 (Tow. Lek.-Dent. Chrześcijan).
2. *L. Brennejsen.* Marszałkowska 48 (Tow. Stomatologiczne).
3. *M. German.* Marszałkowska 99 (Stow. Wzajemnej Pomocy Lek. Dent. R. P.).
4. *D. Mesz.* Nowy Świat 2 (Zrzesz. Lek.-Dent. Kas Chor.).
5. *A. Stokowski.* Focha 8 (Związek Lek.-Dent. Chrześćjan).
6. *J. Szajewski.* Sułkowskiego 43 (Zrzesz. Absolw. Państw. Inst. Dent.).
7. *A. Ujejski.* Krucza 5 (Związek Zawod. Lek.-Dent. w R. P.).

Zgłaszający się winni:

1. Okazać dowód wysłania do Komitetu Głównego w Paryżu wpisowego w sumie 250 fr. od uczestnika, a 125 fr. od każdej osoby towarzyszącej. Gotówkę wysyła się pod adresem: Comité financier du VIII Congrès Dentaire International 45, rue de la Tour d'Auvergne, Paris, lub wpłaca się na rachunek czekowy C.-C. chèques postaux 177.32 Paris.

2. Wypełnić i podpisać deklarację zgłoszenia uczestnictwa w Kongresie.

3. Zaznaczyć, czy pragnie się jechać osobno, czy też zbiorowo na warunkach podanych w Nr. 4 „Przeglądu Dentystycznego" (rok 1931) str. 127. Zgłoszenia będą przyjmowane do dn. 10 lipca r. b.

Studenci Państw. Inst. Dent. opłacają wpisowe w wysokości 50 fr. franc.

II.

I-SZY KONGRES MIĘDZYNARODOWY ELEKTRO-RADJOLOGICZNO-DENTYSTYCZNY W PARYŻU

od 30 lipca do 2 sierpnia 1931 r.

I Kongres M. E. R. D. w Paryżu odbędzie się łącznie, ale niezależnie od Międzynarodowego Kongresu radjologicznego i 8 Międzynarodowego Kongresu dentystycznego, który rozpoczyna się 3.VIII 1931 r. Przewodniczącym tegoż Kongresu jest Prof. Dr. Barail. Delegatem na Polskę: Prof. Dr. A .Cieszyński, Lwów, Zielona 5a.

Obrady będą się odbywały w 6-ciu sekcjach: Sekcji: radjofonji, radjoterapji, elektroterapji, fototerapji, profilaktyki dentystycznej kolonjalnej i zębolecznictwa kolonjalnego. Referentem dla Sekcji 2-giej jest dr. Max Lewy, dla 3-ciej Sekcji: Prof. Barail, dla 4-tej Sekcji: Dr. Talbot i Dr. Squillante dla 5-tej Sekcji.

Szczegóły tegoż Zjazdu będą ogłoszone w komunikatach następnych.

Uprasza się Kolegów, którzy zajmują się elektroradjologją dentystyczną o nadesłanie swego adresu pod adresem delegata na Polskę: Lwów, ul. Zielona 5a.

Równocześnie przeprowadzamy rejestrację wszystkich Kolegów w Polsce, którzy posiadają własne aparaty rentgenowskie, oraz tychże Kolegów, którzy wykonują zdjęcia dla celów dentystycznych. Prosimy o nadesłanie Swych adresów.

Otrzymaliśmy z prośbą o umieszczenie.

I.

Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy
Lekarzy Dentystów
Rzeczypospolitej Polskiej.

Zarząd Stowarzyszenia niniejszem uprzejmie uprasza Szanowną Redakcję o łaskawe zamieszczenie w najbliższym numerze poczytnego „Przeglądu Dentystycznego“ poniższej wzmianki:

W marcu r. b. nastąpiła fuzja Funduszu Pogrzebowego Związku Lekarzy-Dentystów Ziem Zachodnich Rzeczypospolitej Polskiej w Poznaniu w składzie 100 osób i Funduszu Pozgonnego Stowarzyszenia wzajemnej pomocy Lekarzy-Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej w Warszawie, na skutek czego ilość członków Funduszu Pozgonnego przy Stowarzyszeniu osiągnęła liczbę 240. Fakt powyższy jest dowo-

dem zrozumienia idei wzajemnej pomocy, a w szczególności sprawy zabezpieczenia rodzin u kolegów z Ziem Zachodnich i tworzy dalszy etap rozwoju Stowarzyszenia.

Niech więc powyższy objaw dodatni posłuży bodźcem dla ogółu Kolegów do niezwłocznego zapisywania się na członków Stowarzyszenia, ew. Funduszu Pozgonnego przy Stowarzyszeniu, w razie przystąpienia bowiem większości Kolegów do Stowarzyszenia ew. Funduszu Pozgonnego suma ubezpieczenia wzrośnie do 15000 zł.".

Uprzejmie dziękując z góry, kreślimy się

z poważaniem

Prezes (—) *M. German*

Sekretarz (—) *D. Mesz.*

II.

Kasa Chorych
m. Lwowa.

Odnośnie do ogłoszonego w „Przeglądzie Dentystycznym" Nr. 3 z marca 1931, na stronicy 78. „Wniosku Kasy Chorych m. Lwowa" w zbiorowym artykule o stanie lecznictwa w Kasach Chorych i pracach nad jego naprawą",

mam zaszczyt uwiadomić P. T. Redakcję:

1) że wspomniane wnioski bynajmniej nie były inspirowane przez Władze Kasy Chorych m. Lwowa, co zostało oficjalnie przez podpisanego stwierdzone na konferencji w Ogólno-Państwowym Związku Kas Chorych w styczniu b. r.;

2) że pod względem merytorycznego ujęcia pogląd Władz Kasy Chorych m. Lwowa, nietylko, że się wnioskami wspomnianemi nie pokrywa, ale idzie w zupełnie odmiennych warunkach, czego widomym znakiem są zmiany reorganizacyjne, poczynione w ostatnich miesiącach w zakresie lecznictwa Kasy Chorych m. Lwowa w ogólności, a w zakresie zębolecznictwa w szczególności.

Upraszając o zamieszczenie niniejszego sprostowania w „Przeglądzie Dentystycznym" w imię prawdy i dla zilustrowania właściwego stanu faktycznego konkretnej sprawy, łączę wyrazy

prawdziwego poważania

Komisarz zarządzający i Lekarz Naczelny Kasy Chorych m. Lwowa

Dr. Józef Marczyński.

Komitet Organizacyjny V. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie uprasza niniejszem o łaskawe umieszczenie w Szanownem Piśmie następującego komunikatu:

Miejscowy Komitet Organizacyjny dla V. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego w Warszawie uruchomił Biuro Informacyjne dla Zjazdu we Lwowie, czynne codziennie w godzinach wieczorowych przy ulicy Miodowej Nr. 6, m. 2. Telefon 750-10. We wszelkich sprawach, tyczących się Zjazdu we Lwowie, jak zgłoszenie wykładów, pokazów, uczestnictwa w Zjeździe, w Wystawie naukowej i przemysłowej, udziela Biuro Warszawskie pewnych i szybkich informacyj.

Dziękując zgóry za umieszczenie powyższego komunikatu, kreślimy się

Za Komitet Organizacyjny

Dr. M. Brill.
Sekretarz Gen. Kom. Org.

Dr. H. Allerhand.
Przew. Kom. Org.

Sekcja Stomatologiczna Związku Lekarzy K. Ch. — Koło Lwów.

Dentystyka zachowawcza Kas w świetle cyfr budżetowych.

Na marginesie artykułu dra Szafrana, ogłoszonego w Przeglądzie Dentystycznym Nr. 2—1931 r.

W powodzi publikacyj — dotyczących pracy lekarzy w Kasach Chorych — wyróżniliśmy artykuł d-ra *Szafrana,* kierownika stomatologicznego ambulatorjum dzielnicowego Nr. III. Kasy Chorych m. Lwowa, nie ze względu na bogactwo pomysłów w nim tkwiących, czy też niestępione ostrze krytyki w obserwowanym terenie, ale dla zdecydowanego odparcia pewnych zarzutów, sprostowania nieścisłości i sprzeczności, a w końcu znalezienia p r a w d y w cyfrach, które niby aureolą wieńcząc „objektywną“ myśl autora, stanowią, zdawałoby się, nieodparty argument żadnym objektywizmem niezamąconej prawdy.

Pomijamy rzekome „Wnioski Kasy Chorych m. Lwowa“ na str. 78 Nr. 3/1931 „Przeglądu Dentystycznego“, które, będąc wyrazem osobistych poglądów dra. *Szafrana,* znajdą niewątpliwie merytoryczne sprostowanie przez oficjalne czynniki Kasy Chorych m. Lwowa, a przechodzimy wprost do analizy wspomnianej publikacji, do której asumpt

dał nader interesujący i rzeczowy artykuł dra. *Lipszyca,* ogłoszony w roku ubiegłym w „Przegl. Dent.“ i w „Pol. Dentystyce“. Nie możemy bowiem dopuścić do wysnucia wniosków, opartych na materjale statystycznym tego artykułu, mogących w razie ich zrealizowania, przynieść jedynie szkodę ubezpieczonym i lekarzom.

Pomijając wstęp ogólny, w którym jest mowa o „przywilejach lekarzy“ (a nie o im słusznie należnych prawach), zatrzymamy się przy twierdzeniu autora, że niezadowolenie pacjentów, powoduje specjalnie dział dentystyki zachowawczej K. Chorych, a to z tego powodu, ponieważ pacjenci, nie mogą korzystać z art. 42 Ustawy, zapewniającego im wolny wybór lekarza wśród tych, z którymi Kasa zawarła umowę, a następnie z tego powodu, ponieważ lekarze na oddziale zachowawczym pracują w ściśle określonych godzinach. Kwestjonujemy, czy wyłącznie dentystyka zachowawcza daje powód do narzekań ze strony ubezpieczonych — i twierdzimy, że żaden inny dział pod tym względem nie stanowi wyjątku. Dysproporcja narzekań jest uwarunkowaną różną frekwencją chorych w poszczególnych działach; na oddziale zachowawczym wykonano w r. 1929 około 17.000 wypełnień, na oddziale operacyjnym około 70 zabiegów chirurgicznych, a na oddziale protetycznym około 600 protez.

Niemożność korzystania z uprawnień art. 42. Ustawy jest znacznie większa w odniesieniu do oddziału chirurgicznego i protetycznego, gdzie wogóle niema możności wyboru lekarza (1 lekarz), jakoteż w ambulatorjum, gdzie pracuje tylko 3 lekarzy, niż na oddziale zachowawczym, gdzie pacjent ma do wyboru 12 lekarzy. Zatem rzekome ograniczenie, wbrew brzmieniu art. 42. Ustawy, odnosi się zarówno do działu stomatologji zachowawczej, jakoteż do chirurgji stomatologicznej i wogóle do wszystkich innych działów lecznictwa kasowego.

Podobnie określone godziny pracy są przyjęte w każdym dziale pomocy lekarskiej Kasy Chorych, jakoteż we wszystkich ordynacjach prywatnych. Nie widzimy zatem podstaw do twierdzeń autora, by wspomniane niedomagania obciążały wyłącznie konto dentystyki zachowawczej. Obarczają one równomiernie wszystkie działy lecznictwa kasowego i są wypływem systemu ambulatoryjnego, jako takiego. Nawet przy systemie wolnego wyboru, ograniczenie liczby kontraktowych lekarzy i utrzymanie określonych godzin przyjęć, nie da się uniknąć.

Po wyświetleniu zarzutów, podniesionych przez autora przeciw oddziałowi zachowawczemu — o ile dotyczą one ubezpieczonych, przejdziemy z kolei do drugiego kontrargumentu, znacznie ważniej-

szego, a odnoszącego się już do czynnika kasowego, a mianowicie do obliczeń rentowności oddziału zachowawczego Kasy Chorych m. Lwowa.

Nierentowność oddziału zachowawczego w Kasie Chorych m. Lwowa, sprowadza dr. Szafran do dwóch czynników:

1) do spadającej wskutek stabilizacji lekarzy „produkcji“ płomb,

2) do wzrastających kosztów wypełnienia wskutek trienjalnej podwyżki poborów.

Dosłownie zacytowane zdanie z artykułu dr. Szafrana na str. 41, wiersz 21 brzmi: „Zjawisko obniżania się ilości robót w r. 1929 tłumaczę sobie stabilizacją wielu lekarzy na ty mwłaśnie oddziale — a więc utrudnieniem egzekutywy pracy“ — Zarzut to bardzo ciężki pod adresem pracowników oddziału zachowawczego K. Ch. m. Lwowa, dyskredytujący ich zupełnie pod względem etycznym i usprawiedliwiający najostrzejszą egzekutywę — naszem zdaniem — uzasadniający nawet usunięcie jednego z najważniejszych uprawnień umownych: stabilizacji.

Przypatrzmy się jednak, jakim argumentem cyfrowym, poparł dr. Szafran ten, ciężko krzywdzący ogół kolegów, zarzut.

Opieramy się na wykazie ilości robót, wykonanych przez kolegów Oddziału zachowawczego w latach 1927, 1928, 1929 i 1930, wedle tabeli dra Szafrana na str. 39, a zatem obejmującym okres przed stabilizacją i okres po stabilizacji, która nastąpiła z końcem grudnia 1928 r. Inkryminowanym rokiem po stabilizacji był zatem rok 1929 i 1930.

Dla celów porównawczych, uwzględniliśmy wykazy pracy tych samych lekarzy przed stabilizacją i po stabilizacji.

Jak więc z podanej tabeli, opartej na cyfrach podanych przez dra Szafrana, wynika, niema mowy o spadku „produkcji“ plomb po stabilizacji. Przeciwnie, zaznacza się, wprawdzie nieznaczny, ale stały *wzrost „produkcji“*. Wyrażenie „produkcja“, zawierające w treści poniżenie rodzaju pracy lekarza-dentysty, pewnego rodzaju mechanizację jego czynności, jest co do treści godnem drugiego wyrażenia: „egzekutora pracy“, którem siebie autor mianuje. Obecny poziom naukowy stomatologji i współczesne zapatrywania na leczenie miazgi komorowej i korzeniowej, z jego następstwami, tego chyba nie można uważać za czynność czysto mechaniczną! a jeżeliby jednak tak było, to w imię czego walczymy — wedle naszego zdania bardzo słusznie — przeciw partactwu niewyszkolonych elementów! Te dwa wyrażenia nie podnoszą naprawdę godności stanu naszego.

L. p. lekarzy	Przed stabilizacją		Po stabilizacji	
	Ilość wykonanych plomb:			
	r. 1927	r. 1928	r. 1929	r. 1930 tylko 8 miesięcy
I	1820	2149	2416	1573
II	977	1563	1575	920
III	1321	2614	2196	1331
IV	1718	2251	2174	1577
V	2291	2007	1615	1280
VI	1612	1788	2116	1643
VII	1056	1219	1159	811
VIII	1389	1439	1680	1077
IX	1720	1681	1895	1409
Suma wypełnień:	13904	16711*	16826	11621**

	r. 1927	r. 1928	r. 1929	r. 1930
Suma wypełnień:	13904	16711	16826	17431
Zwyżka produkcji:			115	605

Dziwnem się wydaje, że dr. Szafran, decydując się na podobną enuncjację przed tak poważnem i rozstrzygającem dla lecznictwa kasowego forum, jak Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, a następnie na publikację swojej tezy, — nie zadał sobie nawet trudu, by zsumować przez niego samego podane cyfry, któreby go musiały doprowadzić do wyciągnięcia wprost przeciwnych wniosków. Czy dr. Szafran nie zdawał sobie sprawy z konsekwencyj, jakie mogły z tego rodzaju twierdzenia wyniknąć, nietylko dla jego najbliższych współpracowników, ale również i dla całego ogółu lekarzy?

Nieznaczny wzrost „produkcji" w latach 1929 i 1930 tłumaczymy sobie osiągnięciem maximum pracy przez pracowników, jak to wynika z tabeli poniższej, uwzględniającej efekt pracy w 1 godzinie pra-

---

*) Silną zwyżkę produkcji plomb w r. 1928 o 2.808 wypełnień, tłumaczyć należy dodaniem 6-ciu godzin nadliczbowych. W r. 1929 godziny były te same co w r. 1928.

**) Rok 1930 został obliczony tylko za 8 miesięcy; w przybliżeniu można doliczyć 1/2 produkcji powyższego okresu, by otrzymać prawdopodobną za cały r. 1930 a więc 11.621 + 5.810 = 17.431.

cy. Obliczaliśmy 1 miesiąc jako 25 dni pracy, zatem przy 2-godzinnej pracy 600 godzin rocznie, a przy 3-godzinnej, 900 godzin rocznie.

L. p. lekarzy	Rok	Ilość wykonanych plomb	Ilość godzin pracy rocznie.	Przeciętna ilość wykonanych plomb.	L. p. lekarzy	Rok	Ilość wykonanych plomb	Ilość godzin pracy rocznie	Przeciętna ilość wykonanych plomb
I	1927	1.820	900	2,2	VII	1927	1.612	900	1,8
	1928	2.149	900	2,3		1928	1.788	900	1,9
	1929	2.416	900	2,5		1929	2.116	900	2,3
		6.385	2.700	2,3			5.516	2.700	2
II	1927	977	600	1,6	VIII	1927	1.056	600	1,7
	1928	1.563	600	2,6		1928	1.219	600	2,0
	1929	1.575	600	2,6		1929	1.159	600	1,9
		3.115	1.800	2.3			3.434	1.800	1,9
III	1927	1.321	900	1,48	IX	1927			
	1928	2.614	900	2,9		1928			
	1929	2.196	900	2,4		1929	1.510	600	1,6
		6.131	2.700	2,3			1.510	600	1,6
IV	1927	1.718	900	1,9	X	1927	1.389	600	2,3
	1928	2.251	900	2,5		1928	1.439	600	2,4
	1929	2.174	900	2,4		1929	1.680	600	2,8
		6.143	2.700	2,22			4.508	1.800	2,5
V	1927				XI	1927			
	1928					1928			
	1929	1.337	600	2,3		1929	1.804	600	3
		1.337	600	2,3			1.804	600	3
VI	1927	2.291	900	2,5	XII	1927	1.720	900	1,9
	1928	2.007	900	2,2		1928	1.681	900	1.8
	1929	1.615	900	2,2		1929	1.895	900	2,1
		5.913	2.700	2,1			5.296	2.700	1,9

Przyczem należy uwzględnić, że na ogólną sumę wykonanych w trzech latach plomb w ilości 52.092 przypada plomb z leczeniem 21.297.

Ponadto, obliczyliśmy rok 1927 po 3 godziny pracy mimo, że

w tym roku koledzy mieli tylko 2 godziny, co jednak w tabeli dra Szafrana na str. 39 nie zostało uwzględnione. Nie uwzględniliśmy również ułamków, w większości przypadków na naszą niekorzyść. Z zestawienia powyższego wynika, że przeciętnie na godzinę pracy wykonywa lekarz 2,2 plomby; w tem prawie 1 z leczeniem. „Produkcja“ ta może być uważana jako przeciętna maksymalna, zwłaszcza w uwzględnieniu okoliczności, którą w dalszym ciągu podamy. Otóż „produkcja“ plomb *nie jest jedyną i wyłączną działalnością lekarza, pracującego na oddziale zachowawczym.* Do jego obowiązków należy ponadto: usuwanie kamienia, leczenia schorzeń dziąseł, leczenie paradentozy, zakładanie arszeników, które nie dochodzą do plomb, a zatem nie mogą być ewidencyjnie ujęte w wykazie plomb. Ilość tych zabiegów nie jest wcale tak mała, jak to zresztą poucza następujące zestawienie statystyczne dra Szafrana w Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych, zeszyt 7 z lipca 1929 roku, str. 153.

	w r. 1927	w r. 1928
Wykonano plomb	15.081	16.676
Usunięto kamień nazębny	621	644
Wykonano innych zabiegów leczniczych . . .	12.087	12.651
Suma innych zabiegów	12.708	13.295

Jak więc widzimy, zachodzi następujący stosunek między wykonanemi plombami a innemi zabiegami leczniczemi:

w r. 1927 — 15.081 plomb: 12.708 innych zabiegów
w r. 1928 — 16.676 plomb: 13.295 „ „

tak, że *zabiegi inne wynoszą prawie 80% wykonanych plomb.*

Statystyka tych „innych zabiegów“ za rok 1929 nie została dotychczas opublikowana, ale bezwątpienia przy tych samych zasadach statystycznych — stosunek pozostanie niezmieniony. Wniosek z tego, że na 1 godzinę pracy lekarza na oddziale zachowawczym przypada *przeciętnie 2,2 plomby i prawie 2 inne zabiegi lecznicze ponadto.*

Udowodniliśmy zatem, opierając się wyłącznie na danych statystycznych dra Szafrana, że zarzut, jakoby „produkcja“ w dziale zachowawczym Kasy Chorych m. Lwowa była niedostateczna, jest bezpodstawny — a ponadto twierdzenie jakoby „produkcja“ spadła z chwilą stabilizacji jest pozbawione wszelkiego uzasadnienia.

Przyznaje to zresztą sam autor na str. 36 swego artykułu, wiersz. 29: „Ponadto w czasie konferencji czerwcowej, kiedy przedłożyłem sprawozdanie pracy Instytutu, spotkało się wtedy ono z ogólnem

oburzeniem, jako niemożliwe ze względu na ilość (scil. wielką) wykonanych robót i przyjętych pacjentów".

A teraz przypatrzmy się, jak wygląda drugi zarzut dra Szafrana, dotyczący podrożenia produkcji wskutek zastrzeżonej umową trienjalnej podwyżki poborów lekarskich. — Kwestja progresji poborów, przyjęta na całym świecie w zorganizowanych warsztatach pracy, posiada wysokie znaczenie socjalne i jest ekwiwalentem wartości, którą pracownik przez pewien określony czas poświęca swojemu pracodawcy, czy też instytucji.

Jak się cyfrowo przedstawia nadmierne obciążenie budżetu z powodu progresji poborów w Kasie Chorych m. Lwowa, zobaczymy przy zestawieniu poborów lekarskich tych samych lekarzy za lata 1928, 1929, 1930. Zaznaczyć trzeba, że w r. 1928 nastąpiło uregulowanie poborów na podstawie nowej umowy, przewidującej oznaczone podwyżki trienjalne. Opieramy się na danych, podanych przez dra Szafrana:

	Pobory w latach		
	1928	1929	1930
I	6.159 zł.	6.600 zł.	7.615 zł.
II	3.596 ,,	3.600 ,,	3.764 ,,
III	6.159 ,,	6.600 ,,	6.744 ,,
IV	7.584 ,,	9.200 ,,	9.814 ,,
V	6.159 ,,	6.600 ,,	7.615 ,,
VI	4.359 ,,	6.300 ,,	7.615 ,,
VII	7.436 ,,	8.400 ,,	8.569 ,,
VIII	7.164 ,,	8.400 ,,	8.572 ,,
IX	6.072 ,,	8.400 ,,	8.569 ,,
Suma	54.688 zł.	64.100 zł.	68.877 zł.

czyli podwyżka poborów w r. 1929 w stosunku do roku 1928 wynosi rocznie u tych lekarzy 9.415 zł. a w r. 1930 4.777 zł. A więc przeciętna podwyżka roczna wynosi 7.091 zł. Czy sumaryczna roczna podwyżka poborów o 7.000 zł. przy wielomiljonowym budżecie Kasy odegrać może poważniejszą rolę, należy powątpiewać, zwłaszcza, że tylko pierwsza podwyżka trienjalna jest wyższa — następne są już o 33% niższe, a po 13 latach zupełnie ustają tak, że 100% podwyżka zasadniczych poborów zostaje osiągnięta po 13 latach (a nie po 3 latach — jak pisze autor) i następnie pozostaje już na tym samym poziomie.

Niezrozumiałem jest więc twierdzenie dra Szafrana na str. 41, wiersz 8: „Jeżeli więc lekarze ci będą awansowali do następnych stopni, to według dzisiejszego stanu już w 3 lata koszty pracy lekarskiej się podwoją“.

W dalszym ciągu należałoby krytycznie naświetlić obliczenie finansowe dra Szafrana, odnośnie do kosztów „produkcji“ jednego wypełnienia, a więc kwestji najbardziej obchodzącej odpowiedzialne za budżet kasowy, czynniki.

W dziedzinie tej p. dr. Szafran popełnił jeszcze bardziej rażące niedopatrzenia, które musiały wpłynąć na zupełną nierealność podanych cyfr. Kwestję, ile kosztuje obecnie w Kasie Chorych m. Lwowa, przy systemie ambulatoryjnym jedna plomba bez leczenia i jedna plomba z leczeniem, w omawianych 4 latach potraktował p. dr. Szafran w ten sposób, że obliczył przeciętną kosztów pracy lekarzy dla jednej plomby — nadto przeciętne *regie*, przypadające na jedną plombę, a suma tych 2 czynników ma dać obraz kosztów ogólnych jednej plomby. Obliczyliśmy, trzymając się ściśle tego podziału, obie te pozycje — polegając wyłącznie na cyfrach, podanych przez dra Szafrana.

Przeciętną kosztów plomb odnośnie do pracy lekarskiej, obliczył dr. Szafran w tabeli na str. 39 i 40. Polegając na tych przeciętnych obliczeniach, dla każdego lekarza z osobna, z łatwością można obliczyć przeciętną ogólną, która wynosi dla plomby bez leczenia 2.35 zł., a dla plomby z leczeniem 4.30 zł. — Ale p. dr. Szafran popełnił tutaj zasadniczy błąd. Przerzucił mianowicie cały ciężar finansowy poborów lekarskich oddziału zachowaczego wyłącznie na plomby. A wiemy z zestawień statystycznych dra Szafrana za lata 1927 i 1928, że suma innych zabiegów leczniczych, wykonywanych na oddziale zachowawczym, wynosi prawie 80% produkcji plomb. Tych wszystkich zabiegów dr. Sz. nie uważał za stosowne obliczyć w jednostkach pieniężnych.

O ile skorygujemy w tym kierunku założenia dra. Szafrana, to bezwątpienia koszt pracy lekarskiej dla jednej plomby bez leczenia wyniesie najwyżej 1.50 zł., a dla plomby z leczeniem 3 zł., (w oddziale zachowawczym Kasy Chorych m. Lwowa).

Analogiczny błąd popełnił dr. Sz. w obliczeniu *regie*, przypadającem na jedną plombę. Przerzucił mianowicie uchwytne *regie* całego Instytutu na oddział zachowawczy. Odnośny ustęp na str. 41, wiersz 27 zgóry brzmi: „Dodając do powyższych kosztów samej pracy, koszty związane z utrzymaniem całego oddziału, t. zw. *regie* Instytutu, wtedy...“

Tabela podana na str. 42, mająca podać cenę kosztów jednej plomby, jest zatem tylko arytmetycznem ćwiczeniem, ale nie ma nic wspólnego z rzeczywistym stanem. O ilebyśmy jednak chcieli dojść do realnej cyfry, oddającej nam faktyczny wydatek Kasy Chorych m. Lwowa na jednostkę wypełnienia zęba, to nie mając do dyspozycji w artykule dra. Szafrana żadnych danych, odnoszących się do *regie* oddziału zachowawczego — musimy obrać inną drogę. Wiemy, że przeciętnie w praktyce prywatnej, zajmującej się też pracami złotemi i protetyką, *regie* zakładu wynosi 50%, w pierwszorzędnych praktykach dochodzi nawet do 60%. W Kasie Chorych, regie dla oddziału zachowawczego tylko, nie powinno przy racjonalnej gospodarce przekraczać 30% poborów lekarskich. O ile pójdziemy jednak dalej i przyjmiemy nieprawdopodobną i świadczącą o fatalnej gospodarce cyfrę 50% *regie,* to w tym wypadku kosztuje w Kasie Chorych m. Lwowa:

1 plomba bez leczenia = (praca lek.) 1.50 zł. + *regie* 0.75 = 2.25 zł.
1 plomba z leczeniem = (praca lek.) 3 zł. + 1.50 *regie* = 4.50 zł.

Reasumując musimy stwierdzić, że wszystkie wnioski, wyciągnięte przez dra Szafrana ze stosunków, panujących na oddziale zachowawczym Kasy Ch. m. Lwowa, a mających zilustrować nieracjonalność systemu ambulatoryjnego na oddziale zachowawczym, jako też szkodę wynikłą dla Kasy z zobowiązań umowy — są niesłuszne i nieuzasadnione.

Opierając się wyłącznie na cyfrach, podanych przez dra Szafrana, udowodniliśmy, że zaszedł cały szereg błędów w dedukcji dra Szafrana. W rzeczywistości, system obecnie w K. Ch. m. Lwowa obowiązujący, daje nam wyniki dobre. Koszt jednej plomby bez leczenia nie przekracza 2.50 zł., a z leczeniem 5 zł. O ile ceny tej „produkcji" porównamy z wytycznemi, zaproponowanemi przez O g. P. Zw. K. C h., wynoszącemi 5 zł. za plombę bez leczenia, a 15 zł. za plombę z leczeniem, zrozumiemy, że „produkcja" nasza jest więcej, niż o połowę tańszą. Ponadto musimy uwzględnić, że budżet naszego zębolecznictwa ani w przybliżeniu nie dochodzi do poleconej przez Og. P. Zw. K. Ch. sumy 5% ogólnego przypisu składek.

Dr. Szafran nie musiał zupełnie — chcąc uzasadnić swój projekt— sięgać do arsenału niesłusznych zarzutów pod adresem kolegów i do dyskredytowania stosunków, panujących na oddziale zachowawczym K. Ch. m. Lwowa. System lecznictwa, proponowany przez dra Szafrana, jest dotychczas nieznany na terenie Polski. Nie mamy żadnych doświadczeń w tym kierunku i nie wiemy, czy da się zrealizować w dzi-

siejszych czasach kompresji budżetowej. Brak mu jeszcze przejścia przez próbę życiową. Stoimy na stanowisku, że niema w dzisiejszych warunkach systemu idealnego. Każdy z systemów ma swoje zalety i wady. Jesteśmy jednak przekonani, że każdym systemem można osiągnąć doskonałe wyniki, o ile tylko Zarządy Kas dysponują odpowiednio dobranem i uspołecznionem gronem lekarzy, jako też odpowieniemi funduszami na rozbudowę tych systemów.

Najsilniejszą stronę systemu ambulatoryjnego stanowi możliwość dokładnego oznaczenia wysokości budżetu rocznego danego działu lecznictwa. Natomiast przy systemie wolnego wyboru mamy wprawdzie pewne udogodnienia dla ubezpieczonych — ale granicy świadczeń pieniężnych nie możemy z góry ustalić. Jako przykład tego niechaj nam posłużą obliczenia Prof. Cieszyńskiego w tym samym numerze Przegl. Dent., odnoszące się do przypuszczalnego budżetu dent. zach. K. Ch. m. Lwowa, który Prof. Cieszyński obliczył na sumę o 300.000 zł. wyższą od dotychczasowego budżetu dentystyki zachowawczej.

Wnioski, uchwalone przez Komisję dla reorganizacji zębolecznictwa, podane w Nr. 3 Przegl. Dent., są w większej części zasadniczo nader wzniosłe i urzeczywistnienia godne; sądzimy jednak, że nie dadzą się niestety pogodzić z pierwszym punktem tych wniosków, który brzmi: „Budżet dentystyczny powinien wynosić conajmniej 5% przypisu składek“ — ani nawet z silnie zwiększoną wielokrotną tej liczby. Połączenie „systemu ambulatoryjnego co do zabiegów chirurgicznych, z wolnym wyborem lekarzy, którzy pracują wedle umówionych cen jednostkowych“, musi z natury rzeczy ilościowo mocno ograniczyć świadczenia dla członków i ubezpieczonych, z wielką krzywdą dla szerokich mas członków. Eksperyment wolnego wyboru lekarzy w Kasach Chorych doprowadził w Dolnej Austrji z wyjątkiem Wiednia do tego, wedle oficjalnej publikacji *), że wzrosło nietylko niezadowolenie ubezpieczonych i wolnopraktykujących lekarzy, ale także niepomiernie wzrosły koszty Kas Chorych. Eksperyment połączonego systemu, może wypaść w swych skutkach jeszcze bardziej ujemnie, a w czasach powojennej pauperyzacji może się okazać bardzo niewskazanym. Wnioski Og. Państw. Zw. K. Ch. powinny zatem mieć tylko wartość fakultatywnych wskazówek, zależnych od decyzji lokalnych czynników, przyczem należałoby zebrać próbne doświadczenia kombinowa-

*) Jahresbericht 1929 Der Arbeiter-Krankenversicherungskasse Wien.

nego systemu tylko na pewnym określonym, do tego celu odpowiednim, terenie.

W odniesieniu do proponowanej przez dra Szafrana „jednostki budżetowej“, pojęcia zupełnie nieokreślonego ani pod względem treści, ani pod względem zakresu, pominąwszy niespołeczne ujęcie tej sprawy, z powodu wprowadzenia ograniczenia świadczeń, — uważamy obliczenie to w ramach ścisłego procentu przypisu Kasy za nierealne, jako wyłącznie zawisłe od zapotrzebowania świadczeń przez ubezpieczonych i mogące doprowadzić do tego absurdu, że preliminarz wyczerpany już w pierwszych kilku miesiącach, w konsekwencji swej pozbawiłby ubezpieczonych pomocy do końca roku budżetowego.

Połączenie dwu dotychczas znanych systemów, a to systemu ambulatoryjnego z systemem wolnego wyboru lekarza (systemem gabinetowym) — co stanowi istotę projektu dra Szafrana, wydaje się nam jednak zbyt skomplikowaną kombinacją i obawiamy się, by przy tego rodzaju połączeniu, nie przyszło do kumulacji właśnie ujemnych stron obydwu systemów. Odnośnie do terenu Kasy Chorych m. Lwowa, gdzie mamy od lat 4, z ogromnym nakładem finansowym, rozbudowany system ambulatoryjny, uważamy wprowadzenie nowego systemu za lekkomyślny eksperyment.

Przeprowadzona w tym roku analogicznie do innych działów lecznictwa — decentralizacja zębolecznictwa na trzy równorzędne ambulatorja, z trzema odpowiedzialnymi kierownikami, pozwoli nam w krótkim czasie pokonać trudności dotychczasowe i uzyskać maximum świadczeń dla ubezpieczonych, przy minimum wydatków ze strony Kasy.

W świetle tych oczekiwanych wyników artykuł dra Szafrana może być potraktowany jedynie tylko jako sukces literacki, który w niczem nie zmieni wykreślonych linij wytycznych, dróg i ustalonych metod pracy w zakresie lecznictwa stomatologicznego na terenie Kasy Chorych m. Lwowa. Publikację tę spotka niewątpliwie los swojskiej efemerydy, którą już najbliższe j u t r o z nieubłaganym fatalizmem pogrąży w fali zapomnienia.

Dr. Włodzimierz Szafran.

W odpowiedzi na anonimowy artykuł.

Na mój referat, odczytany w czasie grudniowej konferencji, jaka miała miejsce w Og. Państw. Zw. Kas Chorych w grudniu 1930 r., a który został ogłoszony w „Przegl. Dent," Nr. 3/931, otrzymałem anonimową odpowiedź. Autor, trzymając się zapewne zasady *„non multum set multa"*, starał się ekwilibrystyką pisarską i rozlewną frazeologją udowodnić mi nieścisłość rozumowania, bezpodstawność wywodów i sprzeczność w argumentacji. Ponieważ metody jego rozumowania nie myślę naśladować, przeto w znacznie krótszej i jaśniejszej formie pozwolę sobie na szereg wyjaśnień.

Przedtem jednak muszę poruszyć cośkolwiek z za kulis konferencji. Po czerwcowej konferencji, która miała charakter raczej ogólny, została wyłoniona komisja, mająca na celu przygotowanie materjałów do dyskusji na temat organizacji dentystyki w K. Chorych P. P. W drugiej połowie listopada otrzymałem pismo z Okr. Zw. K. Ch. we Lwowie, którem zostałem zawiadomiony o mającej się odbyć konferencji w początkach grudnia, wraz z poleceniem przybycia na nią. Zawiadomienia dyrekcji K. Ch. m. Lwowa do dzisiaj nie dostałem. Równocześnie otrzymałem pod moim adresem pismo Og. P. Zw. K. Ch. w P. P., polecając mi nadesłanie wniosków, które byłyby przedtem uzgodnione z wnioskami p. prof. Cieszyńskiego. Wnioski więc były moje własne i niemi pozostaną, częściowo uzgodnione z prof. Cieszyńskim, będącym również członkiem tej komisji.

Uprzednio jednak byłem kilkakrotnie zachęcany i interpelowany przez jednego z kolegów, bym obliczył kiedy koszta jednej plomby w Instytucie Stomatologicznym Kasy. Konferencja zaś czerwcowa dała mi do tego też pewien impuls, tembardziej, że już powierzchowne obliczenia dały mi frapujący wynik. Ponadto oddział dentystyki zachowawczej był tym, na który najbardziej żalili się członkowie Kasy, że zaplombowanie zęba z leczeniem jest kwestją 6—8 tygodni. Kiedy obliczenia swoje doprowadziłem do pewnych, jeszcze niezupełnych rezultatów, spotkałem się z nową zachętą, właśnie ze strony „oficjalnych czynników K. Ch. m. Lwowa", które o całym planie były dokładnie poinformowane. Czynniki te następnie fakt ten przemilczały, a nawet zmieniły swe stanowisko zasadniczo, nie sądzę zupełnie, by z po-

wodu braku podstaw rzeczywistych i realnych moich wywodów. Mam wrażenie, że autor anonimowy słabo zapoznał się z treścią artykułu w „Przegl. Dent.“ Nr. 3/931, a może jeszcze słabiej orjentuje się w odczytywaniu statystyki lub czuje się niepewnym w sile swej argumentacji, kiedy nie miał odwagi z podniesioną przyłbicą dać replikę tym „dyskredytującym i ciężko krzywdzącym argumentom“.

Anonimowy autor znajduje w artykule coś o „przywilejach“. Ja osobiście tego nie znajduję. Jeżeli przytoczone warunki umowne pracy uważa autor za przywileje, — to przecież jest to niesłuszne, ponieważ dotyczą one ogółu lekarzy K. Ch. m. Lwowa. Nie arogowałbym sobie zupełnie praw do takiego stanowiska, ani nie ośmielałbym się na takie twierdzenie, wiedząc dobrze, że lekarze wszystkch innych specjalności lekarskich pracują w K. Ch. m. Lwowa z bardzo wielkiem poświęceniem, bo mając zobowiązanie do ordynowania dla członków Kasy dwukrotnie dziennie po 1 godzinie, ordynują stale prawie 2—3, z powodu wielkiej ilości zgłaszających się pacjentów. Przywilejem może nazywa autor fakt, — z czego często i mnie, jako kierownikowi Instytutu robiono zarzut, — że dentyści pracują nietylko zobowiązane dwie godziny razem i nie przedłużają godzin pracy w Kasie ani o jedną minutę, a nawet wprost odwrotnie, ścisłe dotrzymywanie godzin pracy w Kasie jest w znacznej ilości przypadków, bardzo pod znakiem zapytania. Fe! dziwię się tylko, jeżeli autor, mając ten fakt na myśli, porusza go publicznie, a nadto nazywa go z ironją „przywilejem“, a osobiście uważa go za „słusznie należne prawo“. Nie chcę bliżej zajmować się tym nieudałym argumentem „contra“ Sz. autora, ze zrozumiałych względów.

Chcąc silniej uderzyć, rzuca atuor, — że skargi „obarczają równomiernie wszystkie działy lecznictwa“. Zgoda! ambulatorjum, czyli oddział małej chirurgji, był rzeczywiście tak przeciążony, że pacjenci czekali w kolejce do $1^1/_2$ godziny na wizytę. O rozszerzenie tego działu starałem się zawsze, dając wiele sposobów rozwiązania. Jednak stan ten zdarzał się tylko w niektórych dniach tygodnia, a i wtedy było często bardzo pewne „ale“, znane zapewne dobrze autorowi. Oddział zaś protetyczny ściągał skargi z powodu długości czekania. Od czasu wniesienia podania do otrzymania odpowiedzi, że proteza została przyznaną, musiał członek Kasy czekać 3—4 tygodni. Wina leżała i leży w skomplikowanem urzędowaniu administracji, na którą nie mam żadnego wpływu. Przeciwnie, gdyby autor zechciał był przedtem zaznajomić się z początkowym planem organizacji i regulaminem przeze mnie wypracowanym, byłby się snadnie przekonał, że czas czekania

mógł być zaledwie 5—7 dni. Natomiast w oddziale dentystyki zachowawczej plombę z leczeniem mógł pacjent — w najlepszym razie — otrzymać w ciągu 4 tygodni.

Ponieważ skargi, wytaczane przez pacjentów, dotyczyły tego właśnie działu, a usunięcia tych skarg nie widziałem i nie widzę z chwilą przyjęcia 3—4 nowych lekarzy, przeto słusznem jest, że zacząłem badać możlwości rozwiązania tego problemu, przy równoczesnem utrzymaniu niezachwianej równowagi budżetowej Kasy.

Autora uderza przeze mnie użyty wyraz „produktywność“ i „egzekutywa pracy“. Sądzę, że autor wie o tem dobrze, że zęby zgorzelinowe z objawami klinicznemi ze strony ozębnej nie są w Instytucie leczone, o ile nie są to bardzo rzadkie przypadki i to zawsze prawie leczy się je najkrótszą drogą — chirurgiczną, nie należącą zresztą do oddziału dentystyki zachowawczej. W tym systemie leczenia, zresztą uproszczonym, można więc mówić o pewnej mechanizacji, której pozytywnym rezultatem leczenia są wykonywane plomby. Suma zaś tych wyników jest słusznie nazwaną produktywnością oddziału. Zahaczone zaś w odpowiedzi wyrażenie moje „egzekutywa pracy“ dziwne nasuwać musi myśli spokojnemu czytelnikowi i przeto nie sądzę, by Sz. autor, podkreślając to wyrażenie, użył szczęśliwego argumentu przeciw moim wywodom. Każdy bowiem nieuprzedzony zada sobie pytanie, — coś tam musiało być z tą pracą, kiedy trzeba było ją aż egzekwować?...

Omawiając rentowność oddziału zachowawczego, starał się autor wszelkiemi sposobami wykazać bezpodstawność mojej argumentacji. Brakło mu jednak rutyny statystyka, umiejącego w rozważaniach statystycznych widzieć rzeczywistość nie urojoną, lecz rzeczywistą. W nadmiernej więc wodnistości słów stara się tak manewrować cyframi i liczbami, że kolumny zestawione noszą pozornie charakter słuszności. Ale to tylko pozornie!

Rozważmy je jednak spokojnie. Ażeby nie zaciemniać obrazu, muszę stwierdzić na wstępie, że rozważając zagadnienie oddziału zachowawczego, brałem pod uwagę li tylko wszystko to, co dotyczy wyniku pracy tego właśnie oddziału. Obliczenia swoje co do plomb bez leczenia i z leczeniem wyrażałem w kwotach jak 1 : 2 w myśl zasady urzędowej taryfy wojewódzkiej, która była ustalaną w porozumieniu z Izbą Lekarską.

Jeżeli zatem anonimowy autor dokładnie przestudjował mój artykuł, niezawodnie znalazł żądane sumy. Wyszczególnianie ich, dodatkowe obliczenia zostały nie z mojej winy opuszczone przy druku ar-

tykułu. Zresztą umiejącemu liczyć zbyteczne było podawanie wielkiej ilości kolumn, które przecież niezmiernie podnoszą koszta druku, a nie przynoszą korzyści.

Przechodząc do „punctum saliens“ repliki autora, przekonamy się łatwo, do jakich niedorzeczności w rozumowaniu prowadzi brak przygotowania się, poczynienia studjów i badań, zanim ma się rzeczowo zbijać argumenta drugich. Nie można operować fikcjami i dowolnemi cyframi. O ile bowiem ekwilibrystyka słowa w nieuchwytnych rzeczach może dać pewne rezultaty pozytywne, to żonglowanie cyframi, bez podstaw przyjętemi, musi prowadzić do absurdu. Autor bowiem nie zadał sobie tyle trudu, by obliczyć godziny pracy, tylko przyjął dowolnie za cały okres lat 4, tę samą cyfrę — obok niej zaś stawiał faktyczne cyfrowe wyniki pracy. Nic dziwnego, że różnice są znaczne. Podobnie autor nie zbadał, czy jest ogłoszona statystyka za rok 1929, — tylko prosto strzela, *nie ogłoszono,* a zatem, muszę dyskusję prowadzić teoretycznie, co ułatwia pracę. Jaki jednak był stan faktyczny, podaje nam poniższa kolumna:

Rok	Godzin pracy	Różnica z 1927 r.	Wykonano plomb razem	Różnica z 1927 r.	Wykonano plomb bez leczenia	Różnica z 1927 r.	Wykonano plomb z leczeniem
1927	5382	—	13904	—	7973	—	5931
1928	6419	1037	16711	2807	10297	2324	6414
1929	9063	3681	21477	7573	12525	4552	8952
1930	9360	3978	24168	10264	13780	5807	10308
do 1. X. 930.	6992		18243		10371		7872
do 1. X. 930.	2368		5925		3409		2516

Rok	Różnica z 1927 r.	Ogólne koszta księgowo uchwytne kasy	Różnica z 1927 r.	Suma tylko poborów lekarskich	Różnica z 1927 r.	Inne zabiegi
1927	—	67050,41	—	41296,19	—	12708
1928	483	97531,28	30480,87	64688,25	23372,06	13295
1929	3021	117064,46	50014,05	75875,00	34579,19	17904
1930	4457	89485,79*		55626,57		22687

*) Kwoty podane są tylko do 1 IX. 930 r.

Z kolumny tej wynika przedewszystkiem, że co roku wzrastała liczba godzin pracy i nie była niezmienną jak autor mylnie przyjmuje, — w drugim roku wzrosła już o blisko $^1/_5$ część roku 1927, zaś wzrost godzin roku 1929 do 1928 r. równa się trzykrotnej wielkości. Wynikałoby z tego, że i liczba wyniku pracy wzrośnie w tym samym stosunku. Ponadto widzimy że i stosunek plomb z leczeniem do plomb bez leczenia, uległ zmianie na korzyść plomb bez leczenia, gdzie przecież zajmują one znacznie mniej czasu. Co więc jest tego powodem, że robiło się tyle plomb bez leczenia, — czy nie byłby łaskaw autor zastanowić się?

Rzuca autor argument „inne zabiegi lecznicze"! Przyjrzyjmy się im właśnie, a może nie będą takie straszne. Jeżeli w leczeniu wykluczyliśmy zgorzel z objawami klinicznemi ze strony ozębnej, wtedy przypadki plomb z leczeniem muszą być poprzedzone 2 — 3-ma wkładkami. W przeciwnym razie, nie mielibyśmy powodu obliczać je w podwójnej wysokości ceny. Mnożąc ilość plomb z leczeniem tylko przez 2, otrzymamy jako pozostałość niewielkie liczby, od których musimy w dalszym ciągu odjąć pewien procent na wkładki fenolowe, robione w zębach próchnicowych, t. zw. „watki" — ut aliquid fecisse videatur, — a jest ich dosyć dużo, nadto pewien procent przeznaczyć na wkładki przy leczeniu przypadków zgorzeli w obrębie komory i części kanałowych korzeni. Te pozostałe cyfry dadzą nam dopiero obraz pracy, którą autor uważa, że „nie jest jedyną wyłączną działalnością lekarza, pracującego na oddziale zachowawczym".

Jak tedy w tem świetle rozważań wyglądają argumenty autora, mające przygwoździć moją nieścisłość w obliczeniach co do pierwszego czynnika nierentowności, jak go autor nazywa!

W tabeli przytoczonej pozwoliłem sobie poniżej 1930 r. rozdzielić na czas do 1.X i ostatni kwartał. Z obliczenia wynika, że współczynnik godzin pracy za ostatni kwartał w stosunku do trzech poprzednich równa się 3,225, zaś produktywność ma tylko współczynnik 3,045. Jest to dosyć znaczna różnica w całości kosztów. Możeby tak autor łaskawie i nad tem się zastanowił, — ja będę dyskretnym.

Po przeprowadzonej decentralizacji lecznictwa dentystycznego Instytutu Stomatologicznego tut. Kasy, powstałe filje z osobnymi lekarzami administracyjnymi uważały za pierwszy krok odmówić statystyki pracy. Nie wie przypadkowo autor dlaczego to się dzieje? Jeżeli statystyka ma wykazywać według autora, że system „obowiązujący

daje dobre wyniki", nie rozumiem powodu, dla którego nie powinno się tych wyników podawać, a w końcu dla przykładu innym ogłaszać!

Rozważając drugi czynnik, autor ma zamiar pobić mnie przytoczeniem moich własnych słów z artykułu str. 36, wiersz 29. Na to odpowiem krótko. Jeżeli gdziekolwiek jest o wiele gorzej, a w innem miejscu niedobrze, to czyż to ma być dowodem że to „niedobrze" musi się opłacać? Wprost przeciwnie. Np. miałem sposobność przeglądnąć pracę w jednej miejscowości, gdzie biorąc tylko stosunek płacy lekarza-dentysty *(bez regié)* do ilości zgłoszonych osób, — to z obliczenia wynikło, że każde zgłoszenie się u lekarza-dentysty kosztowało Kasę tylko 2 zł., a gdzie regié? Natomiast najdrobniejszy zabieg, obliczony w ten sam sposób, kosztował Kasę 5 zł. *tylko lekarz.* Jeżeli więc w moich obliczeniach stosunek ten jest znacznie korzystniejszy, zupełnie jeszcze nie widzę w tem dowodu na rentowność.

Autor, „polegając na przeciętnych obliczeniach dla każdego lekarza z osobna, z łatwością", wyciąga wniosek przeciętnej dla całości. Ależ tak nie można robić! Obliczając przeciętną dla całości, musi się brać koszta całości, ponieważ do każdej prezciętnej jednostkowej jest inna, różna, przeciętna regié, zależna od produktywności osobnika. Różna bowiem będzie przeciętna regié np. jak w jednym przypadku lekarz, pracując 3 godziny dziennie, wykona w miesiącu 74 do 87 plomb, kiedy inny, przy pracy również 3 godziny wykonał np. 253 plomb, z czego w obu przypadkach około $^1/_3$ jest plomb z leczeniem. Tabela zaś moja na str. 42 artykułu uwzględnia całość kosztów produkcji, a w tem zestawieniu przeciętna jednostkowa nie jest „zatem tylko arytmetycznem ćwiczeniem", lecz realną rzeczywistością. Jeżeli zaś porównamy obliczenie autora co do podwyżek poborów i kosztów produkcji rocznej, z podanemi faktycznemi powyższej tabeli, musi rzucić się w oczy wielka pobieżność w obliczeniu i pobłażliwość dla samego siebie lub chyba przypuszczenie, że nikomu nie zechce się przeliczać cyfr zestawionych, by przekonać się, czy odpowiednio nastąpił procentowy wzrost wyników pracy. W końcu, wszystkie rozważania zapowiadanych w artykule kwot zdają się być kwestjonowane przez autora, *co do swej prawdziwości.* Wyszukiwałem je z ksiąg i rachunków buchalterji kasowej. Jeżeli tedy są niezgodne według autora z prawdą, z tego wniosek, że fałszywą jest buchalterja kasowa. W tym przypadku nie wiem, czy autor mógłby utrzymać się ze swojem twierdzeniem, gdyby tak tą sprawą zechciały zająć się wyższe czynniki kasowe, a nawet G. U. U.

Dążąc tym samym sposobem do dalszego obniżenia prawdziwości

moich cyfr, kwestjonuje autor przyjmowane przeze mnie regié oddziału. Dla wzmocnienia swoich argumentów wciąga w dyskusję nawet p. Prof. Cieszyńskiego, ale tylko z jego obliczeniami kosztów, które powinny być o 300.000 zł. wyższe.

Ponieważ już mamy cytować p. Prof. Cieszyńskiego, to cytujemy go w miejscach, gdzie jest on nie wzruszalnym autorytetem. Prof. Cieszyński podaje bowiem regié Zakładu na 75%, a tu doświadczeniem i rutyną nikt mu z nas chyba nie dorówna. Ja zaś obliczałem moje regié znacznie niżej, więc na swoją korzyść? proszę się zastanowić.

Cytując zaś sumę 300.000 zł. wyższą od dotychczasowego budżetu, to podajmy i stawki jednostkowe zabiegów. Podane przez autora stawki nie są wcale zaproponowane przez Og. Państw. Zw. Kas Chorych, lecz tylko stawkami z wniosku Prof. Cieszyńskiego, przyjętemi przez komisję, ponieważ były one obojętne dla istoty sprawy, — vide artykuł Prof. Cieszyńskiego Przegl. Dent. Nr. 3/931.

Mam wrażenie, że koledzy bardzo wielu dużych miast byliby zadowoleni, gdyby przy masowym przypływie pacjentów prywatnych, mieli za honorarjum stawki, wymagane przez Prof. Cieszyńskiego dla Kas Chorych. Wiemy, iż w Równem np. za plomby płacą 3 i 5 zł., a we Lwowie znam kolegów, którzy czynili bardzo usilne starania o otrzymanie pacjentów pewnej instytucji, płacącej za plomby po 4 i 6 zł.

Nie moją winą jest, że autor trudno orjentuje się w pojęciach budżetowych — żałuję: nie każdemu jest to dane. Nie dowód to jednak, by tak być nie miało, że jednostkę budżetową na plombowanie, w mojem pojęciu można z góry ustalić. Tak samo nie może to być dowodem, żeby „system obowiązujący dawał dobre wyniki". Sam autor nie przeczy w końcu swych wywodów możliwości istnienia innego systemu, o lepszych wynikach. W proponowanym systemie wolnego wyboru w dentystyce zachowawczej nie będzie przynajmniej obaw, czy „tylko Zarządy Kas dysponują odpowiednio dobranem i uspołecznionem gronem lekarzy", ponieważ wtedy Zarządy nie związane niczem innem, jak tylko umową co do ceny za jednostkę pracy, mogą eliminować, a tem samem „dysponować..."

Autor uważa „za lekkomyślny eksperyment" wprowadzenie nowego systemu. Ja nazwałbym raczej lekkomyślnem takie właśnie stawianie a-społeczne tej kwestji. Wiadomem bowiem autorowi jest, jak

zawód nasz cierpi w tym okresie kryzysu, że obok kilkunastu osób pracujących na stałych posadach, z których 3/4 ma po 2 — 3 posady, reszta kolegów znosi niedostatek i walczy z trudnościami utrzymania się na pewnej możliwej, stanowi niskiej, płaszczyźnie społecznej. Wie autor zapewne jakich używa się dróg, by zahaczyć się o pewien, choćby mały, stały punkt oparcia. A zastęp potrzebujących jest dużo większy i ciągle rośnie. Zawód stacza się po równi pochyłej i wypacza jednostki, obniżając ich etykę zawodową. *Idea moja jest bardziej społeczna i etyczna w stosunku do kolegów zawodowych,* — utrzymania na minimum choćby egzystencji kolegów, chcących uczciwie pracować. *Idea ta moja jest i państwowo znacznie lepszą, bo chroni inteligentny stan od pauperyzacji i deprecjacji* (a to gorszy czynnik państwowy), a nadto *daje możność płacenia zobowiązań wobec Skarbu Państwa.*

Płonne są obawy autora, że przyjdzie „do komulacji ujemnych stron obydwu systemów". Jeżeli autor nie wyobraża sobie funkcjonowania takiego systemu, to ręczę, nie mógłby go zorganizować. To jednak nie dowód, że nie mogą zorganizować inni, którzy już kilkakrotnie złożyli z dobrym skutkiem egzamin z organizacji i mają śmiałość rzucenia społecznego hasła — *lecznictwo dla wszystkich lekarzy.* Ci, którzy potrafią wziąć odpowiedzialność za spełnienie swego obowiązku, jeżeli przytem nie narażają na szwank interesów instytucji, której służą, a ulgę przynoszą ubezpieczonym, bez poniżania nieraz ich godności.

„Z nakładem finansowym rozbudowany system ambulatoryjny" zużyje się celowo w innym kierunku, dając ubezpieczonym właśnie pożądane przez autora „maximum świadczeń, przy minimum wydatków ze strony Kasy". Autor, dając zbyteczną radę Og. P. Zw. K. Ch., jak ma postępować, by wnioski miały „tylko wartość falkutatywną", zależną „od decyzji lokalnych czynników", — liczy zapewne na status quo, zamkniętego podwórka. Mimo tego jednak uznaje konieczność zrobienia próbnych doświadczeń. Wszędzie, byle nie tutaj! Godzę się i na to! Ale dlaczego autor i koledzy z taką zapamiętałością i furją rzucili się w zwartym ataku na moją śmiałość posiadania własnej idei organizacyjnej? W rozmowach z osobami poważnemi i bardzo osobiście zainteresowanemi w tej sprawie kolegami z najbliższego otoczenia, dowiedziałem się, że powodem jest obawa przed likwidacją oddziału zachowawczego tut. Kasy, — no a tam pracuje 12 osób. Na to wskazuje też wniosek Prof. Cieszyńskiego, który jest wynikiem konferencyj z nim odbytych przez kilku kolegów. A więc to go boli. A przecież

sam Prof. Cieszyński, mimo tych konferencyj, w drugiej części wniosku — uznał słuszność żądania wolnego wyboru lekarza. Uczynił to jednak chyba nie z powodu specjalnej sympatji do mojej osoby i chęci w 100% popierania mych dążeń, — to autorowi zapewne dobrze bardzo wiadomo.

Ja osobiście, jako autor artykułu, a nawet koledzy sami na zebraniu odbytem dnia 22.III b. r., stwierdzili, że w moim artykule niczego podobnego znaleźć nie mogą. Wtedy padło ale słowo, że wprawdzie niema niczego, ale oni „przypuszczają“ takie następstwa mego projektu. Jak więc na najkrótszą metę kilku dni czy tygodni jest obliczony ten kąt widzenia — i tu dochodzę do źródła wszystkiego, co mój projekt spowodował.

Szanowny autorze! Złam pióro po napisaniu tej repliki lub zwróć je w innym kierunku. Rozumiem, że nie jest przyjemnem zdradzanie wobec czytelników, którym przedstawiano wszystko jako szczyt idealności, rzeczy, które w dalszym ciągu dyskusji musiałyby być zdradzone. Nie wolno jednak dla zaściankowych względów sypać społeczeństwu piaskiem w oczy i prowadzić kampanję, nie licząc się z najżywotniejszemi interesami instytucji, członków ubezpieczonych i kolegów zawodowych. Zaślepienie musi mieć też swoje granice i tego domaga się nietylko rozum, ale i instynkt społeczeństwa. Społeczeństwo chętnie słucha rzeczowej krytyki, ale odwraca się od tych, dla których walka z pobudek czysto osobistych jest ostatecznym celem, a jątrzenie i bałamucenie przyjemnem zajęciem.

Otrzymaliśmy pismo w sprawie, obchodzącej cały ogół lekarsko-dentystyczny.

Podajemy je więc w brzmieniu dosłownem.

Szanowny Panie Redaktorze!

Wolne zawody, do których i zawód dentystyczny należy, przeżywają teraz chwile ciężkie. Wskutek wprowadzenia w życie świadczeń socjalnych (Kasy Chorych) z jednej strony, z drugiej zaś strony, wskutek dążenia do dostarczenia pomocy dentystycznej pracownikom wszelkich instytucyj, praktyka prywatna skurczyła się do minimum i kurczy się coraz bardziej. Władze zaś fiskalne, nie chcąc pogodzić się

z tym faktem, dochodowość podatkową chciałyby utrzymać na pierwotnym poziomie, co wytwarza często bardzo niemiłe sytuacje dla przedstawicieli wolnych zawodów. Dlatego też, jeżeli godzimy się na te czynniki, które podyktowane są względami na dobro ogólne, jak Kasy Chorych, pomoc dla pracowników pewnych instytucyj i t. d., to jednakże nie możemy tolerować tych, które występują do walki z praktyką prywatną w imię celów osobistych, często obcych ich założeniu. Do takich należy Państwowy Instytut Dentystyczny. Uczelnia ta, która powstała w celu wytwarzania zastępów przyszłych dentystów, od pewnego czasu weszła na drogę zarobkowania. Utworzyła ambulatorja na prawach lecznic prywatnych i ściąga do Instytutu pacjentów takich, którzy mogliby zasilić praktykę prywatną. Że ambulatorja te dają bardzo poważne dochody, wynika z ogłoszonego sprawozdania Państw. Inst. Dent. za rok 1928/29. W roku sprawozdawczym jedna tylko klinika dała czystego dochodu z górą 100.000 złotych. Szkoda, że więcej sprawozdań liczbowych nie podano do wiadomości publicznej. Nie ulega wątpliwości, że zarobkowanie Państw. Instytutu Dent. odbywa się ze szkodą dla prywatnej praktyki dentystycznej. Wynika więc z tego, że Państw. Instytut Dentystyczny jako instytucja, która ma na celu tworzenie wykonawców praktyki dentystycznej, jednocześnie występuje do konkurencji z tą praktyką. W konkurencji tej staje się groźnym przeciwnikiem, ponieważ:

1) posiada pewien autorytet, jako instytucja państwowa;

2) rozporządza urządzeniem i lokalem Instytutu, a więc nie ponosi żadnych kosztów na wynajęcie lokalu, oświetlenie i opał, jakie zwykle ponosić musi każdy wolnopraktykujący dentysta;

3) podobno nie opłaca żadnych podatków skarbowych.

Wychodząc z założenia, że Państw. Instytut Dentystyczny w ten sposób podkopuje byt zawodu dentystycznego, chciałabym, Szanowny Panie Redaktorze prosić Cię, abyś na łamach swego organu poruszył następujące pytania:

1. Czy pod względem nauczania studentów koniecznem jest, aby Państw. Instytut Dentystyczny prowadził ambulatorja zarobkowe?

2. Czy studenci Państw. Instytutu Dent. mają jakąkolwiek korzyść pedagogiczną z tych ambulatorjów? O ile wiemy, w godzinach wieczornych studenci ambulatorjów tych nie odwiedzają.

3. Czy właściwem jest, aby Państw. Instytut Dentystyczny — jako instytucja, mająca na celu kształcenie przyszłych dentystów, prowadziła ambulatorja zarobkowe, uszczuplając w ten sposób praktykę prywatną zawodu dentystycznego, który walczy teraz z olbrzymiemi trudnościami?

4. Czy Państw. Instytut Dentystyczny opłaca podatki skarbowe od tych dochodów, jakie otrzymuje z praktyki dentystycznej, którą uprawia, jako lecznica prywatna?

Z poważaniem

H. M.
Lek.-dent.

W odpowiedzi na pismo powyższe Redakcja „Przeglądu Dent." musi zaznaczyć, że przedewszystkiem sprawy, w niem poruszone, winny się znaleźć na porządku dziennym wszystkich zawodowych związków dentystycznych, których głównem zadaniem powinna być dbałość o poprawę bytu stanu dentystycznego. Do tego wszak one są powołane. My zaś ze swej strony możemy, jako na wzór, godny naśladowania, wskazać na stosunki, panujące we Lwowie, gdzie prof. Cieszyński potrafił tak umiejętnie zakreślić granice działalności leczniczej Kliniki Stomatologicznej, że wszyscy są zadowoleni. Co się tyczy szczegółów, to istotnie dwa oddziały od dłuższego już czasu urządzają przyjęcia wieczorne (5—8) bez udziału studentów i, o ile nam wiadomo, żadnych od tego podatków nie płacą. Cóż robić — u nas wszystko przeważnie idzie na opak: *Związki zawodowe prześcigają się wzajemnie... na polu pracy naukowej, a Państw. Inst. Dent. robi „kokosy" na podcinaniu bytu lekarzy-dentystów.*

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225